

訪問看護重要事項説明書 (介護予防・医療保険含む)

当事業所は、厚生省令第37号第8条に基づいて、以下の内容を説明させていただきます。

1.事業者

法人名	社会福祉法人杏嶺会	代表者名	上林 公子
住所	一宮市富田字流筋 1679 番地 2	電話番号	(0586) 62-0002

2.事業所の概要

(1) 名称及び事業の種類等

事業所の名称	訪問看護ステーションびさい	電話/FAX 番号	電話(0586)62-2225/FAX(0586)62-4007
施設の所在地	一宮市富田字宮東 1718 番地 1	介護保険事業所番号	2362290914
開設年月日	平成 21 年 8 月 1 日	サービス提供地域	一宮市内・稲沢市祖父江町・片原一色町・西島・西島町・西島中町・清水郷西町・清水町・平江向町・中野川端町・一色竹橋町・一色巡見町・横野川原町 岐阜県羽島市竹鼻町
管理者の氏名	管理者 炭竈 恵美子		

(2) 事業の目的・運営方針

〈事業の目的〉 介護保険法（医療保険含）等関係法令及びこの契約書に従い利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営む事ができるよう、訪問看護サービスを提供します。

〈運営方針〉 24 時間体制で心身の状態に応じた適切なサービスを提供します。

個々の主体性を尊重し、地域の保健・医療福祉の連携のもと総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 職員体制

①管理者 1 名

管理者は、ステーションの従業者の管理及び事業の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うと共に、自らも事業の提供にあたる。

②看護職員等 2.5 人以上（常勤換算）

看護師は訪問看護計画書及び訪問看護報告書（介護予防訪問看護計画書及び介護予防訪問看護報告書を含む）を作成し、適切な訪問看護事業を行いその記録及び報告を行う。

③理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 1 名以上

理学療法士等は、医師の指示に基づき利用者の居宅を訪問して、リハビリテーションを中心としたサービスの提供にあたる。

④事務職員 1 名以上

事務職員は、業務の実施に当たって必要な事務を行う。

(4) サービス提供日時

サービス提供日時	月曜から金曜日 午前 9 時～午後 5 時 / 土曜日 午前 9 時～午後 12 時 30 分
休業日	土曜日・日曜日・祝日・12 月 30 日～1 月 3 日

※緊急時訪問看護加算契約者に対しては、24 時間体制にて電話でのご相談及び、緊急時必要に応じて訪問します。

3.サービスの内容

(1) 介護保険（医療保険）の給付対象となるサービス

- | | | |
|--------------------|------------|----------|
| ①病状の観察等（血圧、体温、脈拍等） | ②褥瘡等の予防・処置 | ③体位変換 |
| ④清拭、洗髪等による清潔の保持 | ⑤カテーテル等の管理 | ⑥認知症の看護 |
| ⑦療養生活や看護方法の指導、助言等 | ⑧リハビリテーション | ⑨ターミナルケア |
| ⑩その他、医師の指示による処置等 | | |

(2) 介護保険（医療保険）の給付対象とならないサービス

① 介護保険給付の支給限度を超える訪問看護サービス

介護保険給付の支給限度を超えたサービス利用は、全額ご契約者の負担となります。

② 通常の事業実施地域外への訪問

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、実施区域を超える時点から訪問費用として1回につき500円いただきます。

③ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用で契約者様に負担頂く事が適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

4.利用料金

(1) 利用料は、別紙料金表に記載（医療保険の場合は各種保険内負担額）

介護保険で訪問看護サービスを利用する場合の自己負担額は、介護保険負担割合証に基づきます。但し、介護保険の支給限度を超えたサービスの利用については、全額自己負担となります。

1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した全額とします。

- ① 基本料金に対してサービス提供開始時間が早朝（午前6時～8時）・夜間（午後6時～10時）帯は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）帯は50%増しとなります。割り増し料金は、介護保険の支給限度額の範囲であれば介護給付の対象になります。医療保険も夜間・早朝・深夜加算（保険内）が算定されます。
- ② 上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなくご利用者のケアプランに定められた時間を基準とします。
但し状況に応じて（緊急時訪問等）訪問することがありますので、その際はご利用者の了解を得ます。
- ③ 訪問看護計画書に基づいて初回利用する際と入院中・入所中に病院等とサービス調整に当たる際に加算が算定されます。
- ④ 医療保険で訪問看護サービスを利用する場合、医療従事者の賃金改善を図る体制があるステーションとして、ベースアップ評価料が加算として算定されます。
- ⑤ 医療保険で訪問看護サービスを利用する場合、健康保険法の規定による電子資格確認により、診療情報を取得等した上で計画的な管理を行っているとして、訪問看護医療DX情報活用加算が算定されます。
- ⑥ ターミナルケア加算は在宅での看取りを希望された利用者に対して、計画書に同意を得て、ターミナルケアを行った際に算定されます。

5.料金の請求及びお支払方法(契約書第9条)

- 1.利用料の請求方法・月末締め、毎月10日前後に前月分の利用明細書を郵送します。
- 2.支払方法・指定口座より毎月23日（土・日・祝の場合は翌日）に引き落としとなります。口座振替の手続きが完了するまで1ヶ月以上かかる場合があります。その場合は初回の引き落としが2ヶ月分になります。また口座手続きに2ヶ月以上かかった場合、初回は現金での支払いとなります。
- 3.領収書の発行・・・利用料の引き落としが確認出来ましたら、ご自宅へ郵送させていただきます。

6.緊急時の対応

サービスの提供中に、利用者の容態の変化等があった場合や緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡などの措置を講ずると共に主治医の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡すると共に管理者に報告します。

7.感染症蔓延及び災害発生時の対応

- 1.感染症蔓延及び災害発生時は、その規模や被害状況により通常の業務を行えない可能性があります。災害時の情報、被害情報を把握し安全を確保した上で利用者の安否確認や支援、主治医や関係機関との連携、必要時の訪問を行います。
- 2.指定感染症蔓延時には通常の業務を行えない可能性があります。感染症の拡大状況を把握し、予防策を講じて必要な訪問を行います。

8.虐待の防止のための措置

利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下、「身体的拘束等」という）を行いません。身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

9.サービスご利用に際してのお願い

- 1.お茶やお菓子など、お心付けなどは一切ご不要です。
- 2.大切なペットの安全を守るためにも、ゲージに入れる等の、ご協力をお願いします。
- 3.見守りカメラ設置、職員の写真を撮影する場合、個人情報保護法に準じ事前に職員本人の同意を受けて下さい。
- 4.ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約解除することもあります。

10.その他

- 1.訪問看護指示書発行の際に一部負担金が生じますのでご承知お願い致します。
- 2.利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示することが出来ます。
- 3.予定した訪問看護ができない場合は、あらかじめ電話等にて調整連絡させていただきます。
- 4.理学療法士等の訪問につきましては、看護業務の一環であり看護師の代わりに訪問しております。

11.サービスに関する相談・苦情の受付について

①当事業所

訪問看護ステーションびさい	担当者 炭竈 恵美子 受付時間 9:00~17:00 電話番号 (0586) 62-2225
---------------	---

⑦ 行政機関その他苦情受付機関

一宮市福祉部 介護保険課 介護保険グループ	所在地 一宮市本町2丁目5番6号 受付時間 8:30~17:15 電話 (0586) 28-7017
愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室内 苦情相談室	所在地 名古屋市東区泉1丁目6番5号 受付時間 9:00~17:00 電話 (052) 971-4165
羽島市・健幸福祉部 高齢福祉課	所在地 羽島市竹鼻町55番地 受付時間 8:30~17:15 電話 (058) 392-9932
羽島郡笠松町・住民福祉部 福祉健康課	所在地 羽島郡笠松町司1番地 受付時間 8:30~17:30 電話 (058) 388-7171
岐阜県国民健康保険団体連合会 介護・障害 苦情相談係	所在地 岐阜市下奈良2-2-1 受付時間 9:00~17:00 電話 (058) 275-9826

訪問看護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

所在地 一宮市富田字宮東 1718 番地 1
事業所 訪問看護ステーションびさい
管理者 所長 炭竈 恵美子

説明者 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、訪問看護サービスの提供開始に同意しました。

<ご利用者様>

住所 _____

氏名 _____

<ご家族様の代表>

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

利用者は、身体の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

<署名代筆者>

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)